

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CRENÇAS SOBRE O ENVELHECIMENTO E
PERCEÇÃO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DE
CUIDADORES FORMAIS (AUXILIARES DE AÇÃO
DIRETA) DE ADULTOS MAIS VELHOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Maria Catarina Luís Guerreiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa**

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CRENÇAS SOBRE O ENVELHECIMENTO E
PERCEÇÃO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DE
CUIDADORES FORMAIS (AUXILIARES DE AÇÃO
DIRETA) DE ADULTOS MAIS VELHOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Maria Catarina Luís Guerreiro

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa**

2020

Agradecimentos

Aos meus pais, Cláudia e João. Por todas as montanhas movidas.

À avó Gena e à Tia Bela pela força para continuar.

Ao Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista, agradeço por acreditar na ideia, por me ter feito refletir e pela ajuda a pôr todo o trabalho em prática.

À Madalena pelo apoio, força dada e paciência. Pelas vírgulas no lugar certo e pelo que em poucos anos se tornou numa vida de amizade incondicional.

À Beatriz, por ser a razão para a minha emoção e amiga de todas as horas em qualquer parte do mundo.

À Rita por ter dado à minha experiência académica o sentimento de pertença familiar.

À Carolina, à Débora, à Inês e à Raquel agradeço a amizade, os momentos bons e os maus, no trabalho e nos festejos, na vida presente e na online. Sou mais rica depois de terem entrado na minha vida.

Ao Bruno pela paciência infinita e os “vai correr tudo bem” nos momentos de dúvida.

À Daniela e à Margarida por este último ano de companheirismo e ajuda. Obrigada.

E a maior homenagem vai para o meu avô Januário que tanto orgulho teria sentido neste momento.

Índice

Resumo	v
Abstract.....	vi
Introdução	1
O Envelhecimento.....	2
Vida nas Instituições	8
Cuidadores Formais (Ajudante de Ação Direta - AAD).....	11
Crenças sobre o envelhecimento e relação com a prestação de cuidados.....	14
Relevância e objetivos do estudo	19
Metodologia.....	20
Caracterização da amostra	21
Instrumentos.....	21
Entrevista semi-estruturada	21
Procedimentos.....	22
Procedimento de seleção e recolha de dados	22
Procedimento de análise de dados.....	23
Resultados.....	23
Discussão.....	36
Conclusão	42
Referências Bibliográficas.....	45
Anexos	53

Resumo

A população mundial está envelhecida e Portugal não é exceção. Por diversas razões (económicas, físicas, cognitivas, solidão) os adultos mais velhos e respetivas famílias recorrem a cuidados formais para condições de vida favoráveis.

O principal objetivo do presente estudo foi conhecer as crenças de cuidadores formais (Auxiliares de Ação Direta - AAD) sobre o processo de envelhecimento de adultos mais velhos em residências de longa permanência. É fundamental compreender a importância dada à comunicação entre cuidador e utente e à autonomia de residentes, explorar a perceção do papel dos auxiliares de ação direta na promoção da adaptação às mudanças desenvolvimentistas dos adultos mais velhos e perceber a importância da formação no exercício da profissão.

A amostra foi composta por 9 AAD de cinco instituições portuguesas de longa permanência para adultos mais velhos. Para a recolha de dados foram realizadas entrevistas posteriormente sujeitas à análise temática no software Nvivo 12pro.

Os resultados sugerem que os AAD consideram vários aspetos do desenvolvimento humano no exercício da profissão com adultos mais velhos, reconhecem a importância da comunicação para a adequação dos cuidados prestados, são feitos esforços para estimular a autonomia dos residentes, no entanto, realçam a falta de pessoal nas instituições de maneira a ser possível dar respostas às necessidades dos residentes que não as básicas; em relação às necessidades de formação dos AAD metade dos participantes referiu estar satisfeito com a formação obtida, enquanto que a outra metade referiu ter necessidades de formação que beneficiariam o desempenho das suas funções e o bem-estar tanto dos residentes como dos profissionais.

Palavras-chave: crenças; envelhecimento; cuidadores formais; auxiliares de ação direta; formação.

Abstract

Population is aging worldwide and Portugal is no exception. Due to various conditions (economic, physical, cognitive, loneliness) older adults and their families often seek formal care to increase favorable living conditions.

The aim of the presente study was to understand formal caregivers' beliefs about the aging process. Given the job demands, it was essencial to adress the importance given to communication between caregiver and older adults in the context of a nursing-home and the autonomy residentes get in the facilities, to explore the perception of the assistents' role in promoting adaptation to the developmental changes and to understand the importance of training in caring for older adults.

Participants were 9 caregivers who work in five diferent portuguese nursing-homes. A questionnaire was developed to collect data. Interviews were carried out and subsequently subjected to thematic analysis in the Nvivo 12pro software.

Findings indicate that caregivers consider several aspects of human development when working with older adults, importance is given to communication to provide better care and efforts are made to stimulate resident's autonomy. However, the lack of staff members inhibits the response to the residents's needs other than the basic ones. Half the participants said they were satisfied with the training received, while the other half said they had training needs that if provided would benefit their work with older adults in terms of well-being for both residents and professionals.

Key-words: beliefs; aging; formal care; caregivers; training

Introdução

A população mundial revela-se cada vez mais envelhecida. Portugal não é exceção, sendo o terceiro país da União Europeia com maior taxa de envelhecimento.

O desenvolvimento humano é contínuo e merece atenção em qualquer momento. Todavia, as crenças que parecem preponderar refletem a ideia de que a faixa etária dos adultos mais velhos pode não exigir tanto da sociedade como as outras ou precisar que o desenvolvimento seja promovido, uma vez não ser considerada a possibilidade de se desenvolver objetivos de vida na faixa etária dos adultos mais velhos.

As respostas sociais direcionadas aos cuidados formais têm peso na adaptação e promoção das mudanças desenvolvimentistas de adultos mais velhos que por razões físicas, mentais ou familiares não têm condições para continuar a viver sozinhos. O que a realidade do país parece demonstrar é a escassez de programas de intervenção e formação dos profissionais a quem é atribuído o papel de promover estas mesmas adaptações e contribuir para o desenvolvimento natural dos adultos mais velhos, os auxiliares de ação direta (AAD).

O presente estudo pretende enriquecer a escassa literatura que parece existir com base nesta população profissional responsabilizada pela prestação de cuidados formais indispensáveis. É pertinente dar voz a quem estabelece contacto direto com os aspetos envolvidos na adequação de cuidados relevantes para uma melhor qualidade de vida dos adultos mais velhos institucionalizados em Portugal.

Os objetivos do presente estudo passam pela exploração das crenças dos AAD associadas ao envelhecimento, às áreas envolvidas no ato do cuidar e perceber qual a perceção sobre as necessidades de formação na área.

Enquadramento Teórico

O Envelhecimento

O processo de envelhecimento acontece a cada dia da vida de um ser humano. A Organização das Nações Unidas estima que em 2017, 13% da população mundial tinha 60 ou mais anos.

Os países da Europa do Norte apresentam maior percentagem de adultos mais velhos na população, em comparação com países do continente africano onde a proporção de população envelhecida é menor. Estas diferenças devem-se ao planeamento e desenvolvimento de serviços de saúde, cuidados sociais, aumento da esperança média de vida dos países mais desenvolvidos (devido à alimentação, cuidados médicos, educação) e às diferenças nas taxas de natalidade (Woods, 2008; Nações Unidas, n.d).

Segundo o serviço estatístico da União Europeia (Eurostat) em 2017 a proporção de população envelhecida nos países da União Europeia é de 125,8 (por cada 100 jovens). Portugal é o terceiro país da União Europeia com maior proporção de população envelhecida (157,4 por cada 100 jovens). Entre 2013 e 2018, verificou-se um aumento da proporção de adultos mais velhos por cada 100 jovens, de 136,0 para 159,4 em todas as regiões do país (INE, 2019).

O desenvolvimento humano é um processo contínuo. Ocorrem, ao longo da vida, mudanças rápidas características do crescimento e lentas inerentes na adaptação às exigências do ambiente. (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018)

Definir uma idade para se considerar alguém como um adulto mais velho é uma tarefa difícil e com resultados pouco consensuais. O envelhecimento pode ser considerado como universal (envelhecimento primário) que se caracteriza pelas mudanças associadas à idade cronológica – mudanças físicas como o enrugar da pele

ou cognitivas como o declínio da rapidez mental - comuns a todos os seres humanos; probabilístico (ou envelhecimento secundário), considera-se uma pessoa como mais velha pelas complicações médicas que surgem relativas à idade e das quais nem todos os seres humanos sofrem - doenças físicas e co-morbilidade que possam afetar capacidades cognitivas. E, há autores que propõe a conceção de envelhecimento terciário - a probabilidade de tempo restante de vida entre o momento presente e o da morte. Assim, consideram-se as idades compreendidas entre os 60 e os 65 como o início da terceira idade, momento no qual se manifestam várias das mudanças características do envelhecimento (Stuart-Hamilton, 2000; Johansson, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), uma vida mais longa permite que a população tenha novas oportunidades como a procura de atividades que completem a educação, novas carreiras profissionais após a reforma ou, ainda, seguir gostos pessoais que foram adiados. E com o aumento da esperança média de vida, os adultos mais velhos ¹acumulam papéis importantes na estrutura familiar e comunidade. Por isso, é importante tornar positiva a experiência de envelhecimento para todas as pessoas. Através do desenvolvimento de programas promotores de saúde na população ou do potenciamento de hábitos como fazer caminhadas ou ter uma alimentação saudável.

O conhecimento sobre o desenvolvimento humano nas últimas fases da vida é pertinente para a temática em estudo. No presente capítulo aborda-se as diferentes áreas nas quais ocorrem mudanças desenvolvimentistas sobretudo, mudanças físicas, cognitivas e psicossociais.

¹ A terminologia adotada para designar uma pessoa com idade superior a 60 anos visa conceder uma ideia de continuidade da idade adulta, não conferindo características negativas relativas ao processo de envelhecimento.

Não existe consenso sobre as razões do envelhecimento humano, contudo, têm sido feitos esforços para desenvolver teorias que respondam a essa mesma questão. Entre estas, estão as teorias que relacionam a taxa de metabolismo basal de um ser – a quantidade de calorias queimadas em repouso - com o tempo que irá viver. Quanto mais rápida, mais se gasta; *teorias celulares* que defendem a existência de uma quantidade de vezes predefinida para a divisão celular limitando o tempo de vida.; bem como, teorias baseadas na ideia da programação genética que hipotetizam um envelhecimento programado no código genético de cada pessoa (Papalia, Olds e Feldman, 2006; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018). Os processos ocorrem a nível interno, no entanto, alguns dos seus efeitos surgem no exterior.

As mudanças físicas mais evidentes surgem na pele - enrugam, torna-se frágil, menos flexível, mais fina e seca - o que dificulta a regulação do calor, a pigmentação diminui e alguns vasos sanguíneos podem dilatar; a nível capilar, ocorrem mudanças na cor e força, provocando a calvície e como consequência das mudanças hormonais, as mulheres apresentam crescimento de pelo no rosto; devido a mudanças no sistema respiratório e nos músculos, a voz sofre mudanças na frequência, volume e velocidade (Papalia, Olds e Feldman, 2006; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018).

As mudanças menos visíveis ocorrem a nível do funcionamento sensorial e psicomotor. Nem todos os adultos mais velhos as experienciam, no entanto, quando ocorrem dificultam o envolvimento em tarefas domésticas ou atividades sociais. A visão, sofre com a diminuição da luz que passa para o olho podendo ocorrer acidentes domésticos; na audição, devido a transformações nos ossos que constituem o aparelho auditivo, a capacidade de detetar frequências altas desvanece e torna-se

difícil distinguir a localização dos sons ou seguir uma conversa por completo (Stuart-Hamilton, 2000; Papalia et. al, 2006).

Estas transformações têm efeitos psicológicos nos adultos mais velhos. Realizar tarefas mundanas torna-se um desafio e contribui para sentimentos de menor capacitação no dia-a-dia (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018; Stuart-Hamilton, 2000; Papalia et al. 2006);

No que concerne às mudanças cognitivas, é, principalmente, o declínio a nível do sistema nervoso que está na base das mesmas. As diferenças podem afetar a velocidade do processamento de informação; não obstante, o desenvolvimento intelectual pode ser mantido pois o desempenho cognitivo não é linear, preservam-se capacidades intelectuais e o declínio pode ser compensado através do treino de novas competências intelectuais. As mudanças intelectuais podem ser multidirecionais, isto é, não existe um padrão comum, a capacidade cognitiva sofre transformações consoante o processo de desenvolvimento de cada pessoa; e flexíveis - a capacidade cognitiva tem plasticidade para se desenvolver de acordo com o contacto da pessoa com diferentes competências intelectuais (Baltes et al., 2006; Papalia et al., 2006; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018).

Estudos baseados em neuroimagem propõe que a experiência de vida facilita a integração da lógica e da emoção o que permite tomar decisões mais variadas entre estratégias de resolução de problema (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018).

Inerente nas mudanças cognitivas a capacidade de atenção tem um papel fundamental no processamento de informação e realização de tarefas. Embora a diminuição da velocidade de processamento interfira com a atenção, verifica-se que não

ocorre de igual forma nem concomitantemente em todas as dimensões cognitivas, logo, a lentidão relacionada com a idade depende da tarefa (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018).

Einstein, Earls e Collins (2002), num estudo com adultos mais velhos, concluíram que estratégias simples como fechar os olhos durante uma tarefa mental (em laboratório) diminuem a interferência de estímulos e melhoram o desempenho em tarefas relacionadas com a atenção.

Uma outra função cognitiva associada ao envelhecimento é a memória. Esta facilita o reconhecimento do eu e dos outros e a partilha de experiências sociais. A nível cerebral, o uso de estratégias menos espontâneas na aprendizagem de nova informação dificulta os processos de codificação e recuperação de memória. Com o treino de novas estratégias, o processo torna-se mais eficaz (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2018).

A terceira área a considerar na compreensão do processo de envelhecimento, prende-se com as mudanças psicossociais.

As teorias de desenvolvimento psicossocial propõem que o processo interativo entre características internas e exigências externas requer adaptação; esta depende de fatores moderadores que promovem o bem-estar psicológico (estado civil, género, nível de escolaridade, satisfação com a vida, estado de saúde ou rede social). Durante o processo, a pessoa assume um papel ativo que potencia a estabilidade na idade adulta ameaçada por mudanças a nível social, profissional, familiar e pessoal com implicações no desenvolvimento psicológico (Kimmel, 1974).

A nível profissional, o processo de reforma altera a rotina diária. Enquanto que, por um lado, deixa de existir obrigação de cumprimento de um horário e de tarefas

fixas, diminui a percepção de valor funcional, com consequências para a identidade pessoal e social com a perda de estatuto que algumas profissões conferem; por outro lado, aumenta o tempo dedicado à família – são assumidas novas posições de apoio no seio familiar; avós envolvem-se na vida dos netos, ajudam os filhos adultos, criam laços e passam herança familiares como memórias e tradições para as gerações seguintes. Os tempos livres são ocupados com atividades prazerosas e são desenvolvidas relações sociais de outra natureza que não profissional mais significativas e com novo propósito- os adultos mais velhos encontram satisfação em redes sociais menores pois a experiência e sabedoria permitem priorizar as necessidades emocionais. As novas relações aumentam a percepção de apoio, segurança, valor e estima e diminuem episódios de depressão (Papalia et al., 2006; Fonseca, 2012).

Contudo, algumas pessoas não têm os recursos para que este seja um processo positivo. A não existência de uma rede de apoio, as condições de saúde bem como a responsabilidade de cuidar dos pais ou netos, levam à percepção de falta de controlo sobre as suas necessidades e impactam as relações e o bem-estar psicológico (Papalia et al., 2006; Silverstein & Giarrusso, 2010).

Segundo Cavanaugh e Blanchard-Fields (2018), o autoconceito traduz-se na integração organizada de acontecimentos de vida relevantes e auto percepção que, quando positiva, conduz a elevados níveis de bem-estar.

Novo e Silva (2003), em comparação com jovens adultos, sugerem que os adultos mais velhos se autoavaliam de forma mais discriminada – há heterogeneidade na avaliação. Quanto mais velhos, mais importância é dada às várias facetas do self.

A flutuação da autoestima é considerada inevitável em todo o processo de desenvolvimento e como na adolescência, por volta dos 70 anos sofre uma quebra; porém, a manifestação da autoestima não é transversal a todas as pessoas e está ligada à

forma como cada um se adapta às novas exigências e papéis sociais que assumem (Robins & Trzesniewski, 2005).

Quando a falta de recursos para a adaptação à velhice gera stress ou se associa a doenças clínicas, alguns adultos mais velhos desenvolvem depressão, frequentemente sub-diagnosticada. São realizadas intervenções para o tratamento de cefaleias, queixas reumatológicas e gastrointestinais, em detrimento de tratamentos adequados para sintomas de astenia, perturbação do sono, tristeza e ansiedade, desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais, pondo em risco o desenvolvimento físico, cognitivo e social (Vaz, 2009).

Vida nas Instituições

O declínio físico, mental e na saúde torna-se uma barreira para que adultos mais velhos a viver sozinhos continuem a realizar atividades de ocupação diária e aumenta o risco de solidão e acidentes domésticos. Em alguns casos, considera-se a institucionalização de modo a garantir melhor qualidade de vida.

Quando residentes numa instituição, o processo de desenvolvimento e adaptação pode sofrer alterações dado o contexto. Serve o presente capítulo o propósito de compreender em que áreas do desenvolvimento se refletem estas diferenças.

Em Portugal as instituições podem ser, “(...) constituídas por iniciativa de particulares (sociedade civil), sem finalidade lucrativa com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo estado ou por corpo autárquico(...) têm como um dos objetivos a proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho” (Instituto de Segurança Social, I. P., 2014).

Segundo Cavanaugh e Blanchard-Fields (2018), a maior parte dos residentes numa instituição de cuidados a idosos a longo-prazo sofre de problemas físicos e mentais. Porém reconhece-se que nem todos estas pessoas sofrem com as duas condições e embora possam surgir dificuldades de mobilidade, as capacidades cognitivas podem permanecer intactas e vice-versa.

O processo de institucionalização pode, por um lado, ser sinónimo de melhor qualidade de vida pelos ganhos obtidos e, por outro lado, tornar-se uma fonte de stress devido às perdas significativas que podem afetar o bem-estar do adulto mais velho.

Nakrem, Vinsnes e Seim (2011), num estudo qualitativo com população residente numa instituição de longa permanência, destacam os aspetos promotores de bem-estar e a qualidade de vida na instituição considerados pelos próprios: perceção de segurança, gratidão pelo acesso a cuidados e a proximidade com os cuidadores.

Porém, vários são os autores que reconhecem as perdas sentidas por estes adultos mais velhos.

Para o funcionamento adequado das instituições existe um conjunto de regras sem as quais as respostas às necessidades dos residentes seriam insuficientes. A falta de pessoal para o número de residentes e as quantidade de tarefas delineadas para o normal funcionamento dificultam a disponibilidade para centrar os cuidados noutros aspetos que não os básicos; por essa razão, os residentes acabam por perder autonomia e controlo das atividades diárias e estão sujeitos a uma rotina comum e pouco ou nada personalizada (Brandburh et al., 2013; Tuominen, Leino-Kilpi & Suhonen, 2016; Nakrem et al., 2011) Esta característica, acompanhada do facto de não ser permitido levar objetos pessoais para a residência acrescenta sentimentos de perda não só de pertences mas, também, dos papéis sociais contribuindo para um registo de

despersonalização e desumanização do adulto mais velho (Woods 2008; Brandburg et al., 2013; Wiersma & Dupuis, 2010).

Wiersma e Dupuis (2010), sugerem que, por existir uma rotina centrada nos cuidados do corpo, uma das maiores perdas sentidas é a de privacidade na intimidade.

Adicionalmente, para gerir os riscos de acidentes dentro das residências as pessoas são muitas vezes impedidas de andar de forma independente pelas instalações. Esta característica aumenta a percepção de fragilidade, velhice e perda de independência (Wiersma & Dupuis, 2010; Nakrem et al., 2011; Brandburg et al., 2013).

As características inerentes nas instituições que dificultam o livre-arbítrio e autonomia dos adultos mais velhos, contribuem para que sejam desenvolvidas estratégias compensatórias. Tuominen et al. (2016) e Nakrem et al. (2011), descrevem algumas destas estratégias – percecionadas pelos adultos mais velhos como a única forma de se sentirem autónomos. É o caso da adoção de comportamentos de resistência como recusar-se a comer ou a falar, queixar-se em voz alta, gritar ou fazer pedidos de forma agressiva.

Uma outra área onde são sentidas mudanças aquando da permanência numa destas residências é a relacional. No estudo de Nakrem et al. (2011), os participantes realçam a importância dos familiares e amigos se sentirem bem-vindos durante as visitas. Contudo, este contacto é, também, regado e regulado; não só através dos horários definidos para as visitas, como pelas políticas das instituições que definem separação de casais residentes por diferentes quartos e refeitórios.

Quando o contacto social diminui, os adultos mais velhos experienciam sentimentos de solidão e, principalmente os indivíduos com capacidades cognitivas

intactas, procuram apoio e interações significativas nas relações dentro das instituições de longa-permanência (Tuominen et al., 2016).

A estimulação pela comunicação diária é considerada, por muitos, promotora de qualidade de vida dentro das instituições; todavia, é muitas vezes escassa e percecionada como pouco satisfatória, uma vez que, se não houver colegas cognitivamente capacitados, as oportunidades de conversação são, parcialmente, uma consequência dos momentos de cuidados higiénicos prestados pelos cuidadores percecionadas como relações sociais não recíprocas (Nakrem et al., 2011).

Tuominen et al. (2016) apontam para o facto das conversas estabelecidas neste contexto serem focadas em questões corporais, o que aumenta a interpretação de bem-estar como relacionado apenas ao físico. Os adultos mais velhos revelaram não esperar cuidados na área do bem-estar emocional.

Em suma, os aspetos realçados pelos próprios recetores de cuidados devem ser considerados. Nos contextos de cuidados de saúde a natureza das relações – e devido à falta de pessoal – priorizam-se os aspetos logísticos; assim, o carácter emocional do desenvolvimento do adulto mais velho é reduzido. .

Cuidadores Formais (Ajudante de Ação Direta - AAD)

Os elementos-chave para a vivência nas residências de longa permanência para adultos mais velhos são os cuidadores formais.

Os cuidados formais prestados na área da geriatria incluem diferentes participantes, entre eles enfermeiros, auxiliares de ação direta (AAD), animadores e fisioterapeutas. Contudo, os AAD são uma constante na rotina diária das instituições e representam um papel na linha da frente de prestação de cuidados, estando em permanente contacto com os adultos mais velhos (Pasupathi & Löckenhoff, 2002).

A exposição diária a situações sensíveis torna o cuidador formal e, em particular, o auxiliar de ação direta, vulnerável a dificuldades físicas e emocionais. Dados apontam para a relação dos anos de exercício da profissão com níveis de *burnout*; mais baixos a nível de *burnout* pessoal e mais altos no *burnout* relacionado com o cliente em profissionais com menos tempo de experiência. Características pessoais como a idade, sexo, estado civil e educação são fatores protetores do bem-estar dos profissionais (Almeida, 2013).

Em Portugal, a profissão de Ajudante de Ação Direta (AAD) está regulamentada pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade. As funções atribuídas a este grupo profissional são regulamentadas ao abrigo do Boletim do Trabalho e Emprego, nº 15, 22/4/2011 do Contrato coletivo entre a CNIS (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade) e a FNSFP (Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública):

“Ajudante de ação direta:

1 — Trabalha diretamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

a) Recebe os utentes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;

b) Procede ao acompanhamento diurno e ou noturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;

c) Assegura a alimentação regular dos utentes;

- d) Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;*
- e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente, aplicando cremes medicinais, executando pequenos pensos e administrando medicamentos, nas horas prescritas e segundo as instruções recebidas;*
- f) Substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos utentes, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;*
- g) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto;*
- h) Reporta à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas.*

2 — Caso a instituição assegure apoio domiciliário, compete ainda ao ajudante de ação direta providenciar pela manutenção das condições de higiene e salubridade do domicílio dos utentes.

3 — Sempre que haja motivo atendível expressamente invocado pelo utente, pode a instituição dispensar o trabalhador da prestação de trabalho no domicílio daquele”

Segundo o Boletim do Trabalho e Emprego nº 15, 22/4/2011 não existe requisitos de admissão regulamentados. Ao abrir vagas, as instituições ditam quais os requisitos a preencher. A carreira de AAD desenvolve-se a partir das categorias 3ª, 2ª e 1ª mediante a prestação continua e satisfatória de serviços a partir dos 5 anos de atividade.

Torna-se vantajoso perceber qual a necessidade de formação específica de AAD na prestação de cuidados especializados aos de adultos mais velhos.

Conceição (2012), alerta para a importância da formação adequada dos AAD de modo a permitir a prestação de cuidados formais com vista ao bem-estar físico e emocional, uma lacuna existente no mercado de trabalho nacional, que pode impedir o cumprimento adequado das tarefas.

Investigações com o objetivo de caracterização demográfica e profissional dos AAD em Portugal, sugerem que a média de idades dos profissionais ronda os 50 anos com um percurso escolar igual ou inferior ao 3º ciclo do ensino básico (Conceição, 2012; Castanheira, 2013).

Castanheira (2013), sugere ainda que o início da atividade profissional sem formação surge de a escolha da profissão ser com vista a conseguir um emprego, sendo que 65,6% dos profissionais obtiveram formação depois de iniciar a atividade profissional.

Apesar de, na atualidade, existirem oportunidades de cursos e formações na área de geriatria promovidas pelo Instituto de Emprego de Formação Profissional (IEFP), a realidade em Portugal é o baixo nível de formação e qualificação dos candidatos a AAD, pois os cursos não são requisitos obrigatórios. Está ao alcance das entidades empregadoras, por um lado, exigir, ou não, a formação dos candidatos ou, por outro lado, facilitar a continua formação dos funcionários (Conceição, 2012). Este problema prende-se à falta de reconhecimento de pré-requisitos e do ambiente onde os cuidados são prestados (McCormack & McCance, 2006). Neste contexto, torna-se comum a prática de comportamentos mais mecanizada onde se olha para os residentes não como pessoas únicas e com necessidades diferenciadas, mas com base nas características previamente atribuídas ao grupo adultos mais velhos (Pasupathi & Löckenhoff, 2002).

Crenças sobre o envelhecimento e relação com a prestação de cuidados

O conhecimento sobre um tema influencia a ação em relação ao mesmo. Este ponto tem como propósito apresentar estudos com base em profissionais de enfermagem, dada a escassa literatura que inclui AAD, sobre as crenças e

conhecimento em relação aos adultos mais velhos, e a consequente influência na qualidade dos cuidados prestados.

Rokeach (1976), define crença como uma proposição, consciente ou inconsciente, inferida pelo que a pessoa diz ou faz. O conteúdo de uma crença pode descrever o objeto da mesma como verdadeiro ou falso, correto ou incorreto, ou permitir uma determinada ação; esta ação é organizada a partir do sistema de crenças e predispõe uma determinada maneira de responder, à qual se dá o nome de atitude.

O mesmo autor propõe uma abordagem conceptual onde identifica cinco classes de crenças como parte deste sistema (tipo A – crenças primitivas com 100% de consenso. Criadas pelo contacto direto com o objeto e partilhadas pela estrutura social da pessoa; tipo B – crenças primitivas de consenso 0. Criadas a partir do contacto direto com o objeto, não partilhadas pelo grupo; tipo C – crenças de autoridade. Desenvolvem-se para além das primitivas, podem-se alterar através de experiências sociais de aprendizagem; tipo D – crenças derivadas. Derivam da identificação com uma figura de autoridade como instituições religiosas ou políticas; tipo E – crenças inconsequentes. Envolvem preferências pessoais. Geradas a partir do contacto direto com um objeto e não têm ligação com outras crenças; ao serem alteradas não apresentam consequências). Cada crença apresenta três componentes: cognitiva – conhecimento adquirido sobre o conteúdo do objeto ou situação; afetiva – são ativadas emoções que permitem avaliar a situação como negativa ou positiva; e comportamental – a ação para a qual está predisposta é imposta pelo conteúdo da crença (Rokeach, 1976).

A investigação sobre as crenças relativas ao envelhecimento propõe que a aceitação geral de crenças dirigidas a esta população afeta as três componentes. Estas, , por serem determinadas pela aprendizagem, seja através dos media, dos pares ou das atitudes dos

outros em relação aos adultos mais velhos podem originar impressões negativas ou positivas sobre os mesmos (Pasupathi & Löckenhoff, 2002).

Neste sentido, surgem os estereótipos que, segundo Martins e Rodrigues (2004) são generalizações e simplificações (positivas ou negativas) de crenças acerca de um grupo de pessoas ou objetos.

No que toca aos estereótipos sobre o envelhecimento, os mesmos autores sugerem que estes são originados pelo insuficiente conhecimento do processo de envelhecimento e manifestam-se na interação com os adultos mais velhos e têm impacto na forma como os mesmos se avaliam (Martins & Rodrigues, 2004).

Levy e Banaji (2002), distinguem entre estereótipos de idade implícitos – estereótipos automáticos, manifestam-se por pensamentos e comportamentos vistos como característicos dos adultos mais velhos – e atitudes implícitas sobre a idade – preconceitos inconscientes que se manifestam através de sentimentos em relação aos adultos mais velhos.

Embora estereótipos relativos à idade existam face a todas as faixas etárias, para efeitos de investigação serão apresentados neste ponto os contextos em que se manifestam estereótipos em torno dos adultos mais velhos.

Pasupathi e Löckenhoff (2002), descrevem alguns dos contextos onde a investigação encontrou diferenças no comportamento em relação a adultos mais velhos. No contexto da saúde as interações médico-paciente são de menor duração, a comunicação é menos detalhada quando comparado com uma consulta com população jovem. Os profissionais de saúde tendem a atribuir a existência de problemas de saúde à idade e desvalorizam problemas passíveis de tratar. Nos media, em séries televisivas, filmes ou anúncios os adultos mais velhos não são tantas vezes representados como os mais jovens e quando existem figuras representantes desta

população são atribuídas características negativas como doenças. No que diz respeito à comunicação, comportamentos como simplificar a linguagem de forma inadequada ou falar como um bebé, sugerem que o adulto mais velho é percecionado como menos capaz, ou que todos os indivíduos desta população têm dificuldades auditivas.

Estes comportamentos promovem baixa autoestima e a autoavaliação negativa; contudo, os estereótipos não são obrigatoriamente negativos e caminha-se para o estabelecimento de comportamentos benéficos e protetores que atendem às necessidades trazidas pelos desafios do desenvolvimento, como é o caso de leis protetoras ou a adequação da representação dos adultos mais velhos nos media. (Levy & Banaji, 2002).

Em suma, a literatura sugere que as crenças sobre o ser velho, conscientes ou inconscientes, praticadas através de pensamentos, comportamentos ou sentimentos, influenciam os cuidados prestados aos adultos mais velhos.

No estudo de Zhang e Sun (2019), com 403 cuidadores formais em instituições na China, os resultados sugerem que o nível educacional dos profissionais influencia as crenças e o conhecimento acerca das necessidades dos residentes. Neste caso em particular, a falta de conhecimento sobre como gerir a dor sentida pelos pacientes contribuiu para que os enfermeiros subestimassem as queixas relacionadas com dor.

Quando se trabalha diariamente com adultos mais velhos em contextos institucionais, as crenças de que estes são dependentes e frágeis prevalecem entre os profissionais. Pasupathi e Löckenhoff, (2002), sugerem que os comportamentos independentes dos idosos tendem a ser ignorados, reforçando comportamentos dependentes que chamam mais a atenção e promovem o contacto social. Ao abrir espaço a novas conceções,

poder-se-ia contrariar a ideia de dependência na idade avançada e criar nas instituições uma cultura onde se prima pela promoção da autonomia.

Em relação à comunicação residente-cuidador, os próprios residentes referem que um dos promotores de livre-arbítrio é a possibilidade de manter conversas com os enfermeiros ou AAD que permitam conhecer a sua história e promovam a atenção aos seus desejos e necessidades (Tuominen et al., 2016).

Porém, tende a acontecer que a atitude dos cuidadores perante esta população promova a utilização de linguagem infantil independentemente de as capacidades cognitivas e físicas dos residentes estarem intactas (Kite & Wagner, 2002; Bodner, 2009). A pouca estimulação através da conversação, diminui a autoestima dos residentes das instituições.

Segundo Courtney (2000), os enfermeiros que atribuem maior importância à conversação com os residentes, mostram ter mais atitudes positivas em comparação com os que atribuem maior importância aos cuidados com o corpo.

Uma outra questão a ter em conta quando se fala da relação entre as crenças e os cuidados prestados é a perceção dos cuidadores sobre as intenções dos pedidos dos residentes.

Quando os adultos mais velhos são percecionados como impertinentes, queixosos ou não cumpridores das regras – mesmo que se trate de pessoas com demência e, por isso, menos propensos a seguir as indicações dos enfermeiros -, as suas necessidades não são tidas em consideração e, em contextos hospitalares, esta atitude chega a aumentar o tempo de permanência e recuperação (Courtney, 2000; Kite & Wagner, 2002).

Por fim, consideram-se as áreas física e psicossocial. Se os adultos mais velhos forem considerados fisicamente incapacitados, serão impossibilitados de realizar atividades físicas prazerosas e adequadas à fase de desenvolvimento.

Através da educação na área da geriatria, é possível melhorar o desenvolvimento de atividades significativas para os adultos mais velhos. Courtney (2000), alerta para casos em que os cuidadores não têm conhecimento de que os cinco sentidos sofrem declínio com a idade e, nesse sentido, as atividades físicas inadequadas às capacidades vão tornar-se pouco enriquecedoras para o desenvolvimento.

Concluindo, são várias as áreas do cuidar implicadas nos serviços prestados a adultos mais velhos. As crenças pré-concebidas e atitudes para com esta população, principalmente por se considerar determinadas características como comuns a todas as pessoas, influenciam a forma como se olha para uma pessoa mais velha.

Relevância e objetivos do estudo

Considerando o panorama apresentado, compreende-se a importância de um desenvolvimento emocional e físico dos adultos mais velhos e a relevância de conduzir investigações no sentido de compreender quais as crenças de quem diariamente, em contexto de residências de longa permanência, cuida desta população. Além disso, se existem necessidades de formação não satisfeitas que contribuam para a prestação de cuidados adequados ao cumprimento do papel que lhes é exigido.

Neste sentido e pela escassa literatura existente sobre o tema, o presente estudo tem como objetivos específicos:

1. Conhecer as crenças dos auxiliares de ação direta, que trabalham com adultos mais velhos em instituições de longa permanência, sobre o envelhecimento.

2. Compreender a importância dada à comunicação pelos auxiliares de ação direta no desenvolvimento saudável dos adultos mais velhos a quem prestam cuidados.
3. Compreender a percepção dos auxiliares de ação direta, do desenvolvimento de autonomia de adultos mais velhos em instituições de longa permanência e quais os esforços feitos nesse sentido.
4. Explorar a percepção do papel dos auxiliares de ação direta na promoção da adaptação às mudanças desenvolvimentistas dos adultos mais velhos.
5. Perceber os vários tipos de formação tida e a percepção sobre os benefícios da mesma na adequação da prática profissional.

Metodologia

A presente investigação tem como base o método qualitativo de recolha e análise de dados, de carácter exploratório.

A natureza da metodologia escolhida permite que se explore as experiências inerentes ao tema em estudo através da perspectiva de quem as vive. O objetivo é conhecer as crenças de Auxiliares de Ação Direta sobre o envelhecimento a partir do seu ponto de vista face às mudanças que ocorrem nessa fase de desenvolvimento e compreender se existem necessidades de formação. Desta forma, é possível explorar um tópico do qual pouco se sabe e criar significado a partir do foco nas palavras e na forma como estas surgem dos dados (Padgett, 2017; Sullivan, 2018).

Com base nos objetivos do estudo, por um lado, a análise foi de natureza dedutiva na qual os temas surgem das respostas ligadas à literatura; por outro lado, com base na abordagem indutiva foram agrupados em temas, códigos que surgiram das respostas espontâneas dos participantes durante as entrevistas.

O método de recolha de dados escolhido foi a entrevista semi-estruturada que permite, através de um guião de entrevista flexível elaborado previamente, descobrir e compreender a forma como os participantes pensam e sentem até que todos os tópicos que se pretende explorar tenham sido abordados, desenvolve-se, assim, uma compreensão mais aprofundada dos objetivos de investigação (Fylan, 2005).

Caracterização da amostra

A amostra final, a cumprir os critérios de inclusão iniciais, foi composta por 9 auxiliares de ação direta do sexo feminino com idades compreendidas entre os 21 e os 64 anos, de nacionalidade portuguesa e com uma média de 11 anos de experiência. A percentagem total de participantes trabalha diretamente na prestação de cuidados a adultos mais velhos e não obteve qualquer grau de formação geriátrica em instituições de ensino com esse fim.

No sentido de serem recolhidos dados representativos de realidades distintas os participantes selecionados são profissionais de cinco instituições de longa permanência diferentes em Portugal (região de Lisboa e Vale do Tejo e sul do país) de resposta desenvolvida por entidades privadas e empresas individuais.

Instrumentos

Entrevista semi-estruturada

Procedeu-se à construção de um guião de entrevista semi-estruturada (Anexo A) dividido em quatro blocos temáticos com o objetivo de explorar crenças sobre o envelhecimento em geral – perceber quais as crenças dos Auxiliares de Ação Direta sobre a fase de desenvolvimento humano que é o envelhecimento -, compreender qual a perceção da importância de comunicação entre AAD e utente no desenvolvimento de

um ambiente de cuidados adequados, perceber a perceção dos AAD sobre a autonomia que pode ser ou não experienciada pelos adultos mais velhos em contexto institucional e, por fim, explorar as necessidades de formação sentidas pelos AAD para uma melhor compreensão desta fase de desenvolvimento e prestação de cuidados a adultos mais velhos mais adequados às suas características.

O carácter flexível de uma entrevista semi-estruturada possibilita a discussão dos aspetos que os participantes consideram importantes para o tema e a aproximação investigador-participante de maneira a desenvolver um ambiente de maior partilha, principalmente, ao abordar temas de maior sensibilidade (Flyn, 2005).

Procedimentos

Procedimento de seleção e recolha de dados

A seleção da amostra foi feita a partir de um contacto direto do investigador com um primeiro profissional de Ação Direta que, através do efeito bola de neve, facultou posterior contacto com outros profissionais da área. O estudo foi divulgado via chamada telefónica e mensagem eletrónica. Depois de concordarem fazer parte da investigação, foram agendadas datas de entrevista. Previamente ao início da entrevista os consentimentos foram entregues de modo a ser comunicada a decisão de participar (Anexo B). Nos casos em que se procedeu à recolha de dados via online, os consentimentos informados foram enviados por correio eletrónico e devolvidos pelo mesmo meio.

Cinco das entrevistas foram realizadas presencialmente, enquanto que quatro foram realizadas via online. Não obstante, no início de cada entrevista os participantes foram lembrados da gravação áudio tendo sido, mais uma vez, garantida a confidencialidade dos dados.

Procedimento de análise de dados

A análise temática é um método de análise e identificação de temas que surgem dos dados. É flexível e o investigador desempenha um papel ativo na tomada de decisão ao longo do processo (Braun & Clarke, 2006).

Através do software Nvivo12 pro a análise foi baseada nos seis passos da análise temática considerados por Braun e Clarke (2006). Depois de concluída cada entrevista, procedeu-se ao primeiro passo de familiarização com os dados, a transcrição dos áudios. Durante o processo de leitura dos dados iniciou-se a anotação de ideias gerais sobre os mesmos (1), foram recolhidos dados relevantes e criados códigos iniciais (2); foram gerados temas através do agrupamento de códigos com referências comuns (3). Por ser um processo reflexivo e iterativo, foram revistos os temas até ser encontrado um equilíbrio (4). Após a satisfação do investigador com os temas gerados, procedeu-se à definição e nomeação dos mesmos (5). Concluída a análise, procedeu-se à elaboração do relatório com a descrição, análise e interpretação dos resultados conforme os objetivos do estudo.

Resultados

Após a análise de dados emergem cinco domínios: 1) crenças sobre o envelhecimento; 2) perceção da importância de formação dos AAD na área da prestação de cuidados na velhice; 3) características das instituições com impacto nos serviços prestados, 4) crenças dos AAD associadas às áreas do cuidar o impacto do seu papel no utente e 5) ser cuidador

O primeiro domínio “crenças sobre o envelhecimento” (Tabela 1), representa as crenças desenvolvidas pelos profissionais sobre características e mudanças que ocorrem na fase de desenvolvimento em questão.

Resultaram duas categorias: 1.1) dimensões do processo de envelhecimento na qual 88,89% da amostra total de participantes referem características que atribuem a adultos mais velhos: sabedoria (33,34%), revolta (22,23%), carentes (11,12%), meigos (11,12%), com dificuldades cognitivas (33,34%), com dificuldades motoras (22,23%), tristes (11%), portadores de doenças (11,12%), frágeis (22,23%) e felizes (11,12%); associam ao processo de envelhecimento a mudanças sociais (22,23%), físicas (33,34%), de humor (11,12%) e cognitivas (44,45%); morte (33,34%) e a sexualidade (33,34%) como parte integrante do processo de envelhecimento, depressão (22,23%) e 44,45% equipararam adultos mais velhos a crianças como processo de desenvolvimento normal.

1.2. ausência de apoio familiar: 33,34% dos AAD entrevistados atribuem a ausência de apoio familiar às perdas que ocorrem no envelhecimento e identificam o esquecimento por parte dos familiares do adulto mais velho institucionalizado (33,34%) como parte do envelhecimento.

Tabela 1.

Crenças sobre o envelhecimento

Categorias	Part.	Ref.	Exemplos
1. Crenças sobre o envelhecimento	9	72	
1.1. Dimensões intrínsecas ao processo de envelhecimento	9	51	
Características atribuídas aos adultos mais velhos	8	25	
Sabedoria	3	3	“mas podemos aprender muito com eles, pronto conhecem tudo, não é? Porque viveram...” P7 “Às vezes revoltados com a vida” P5
Revolta	2	3	

Carentes	1	1	<i>“alguns... são mesmo carentes.”</i> P1
Meigos	1	1	<i>“há idosos que são meiguinhos”</i> P3
Dificuldades cognitivas	3	4	<i>“Mas a maior parte da dificuldade é esta parte da cabeça.”</i> P4
Dificuldades motoras	2	2	<i>“têm dificuldade na mobilidade, vão perdendo muitas capacidades”</i> P1
Tristes	1	1	<i>“são, por norma, tristes”</i> P1 <i>“transmitem muitas doenças”</i> P1
Doenças	1	1	
Frágeis	2	3	<i>“portanto na debilidade esta um bocadinho associado pronto, o precisar de cuidados”</i> P9 <i>“outros são contentes, felizes por chegar a esta idade”</i> P5
Felizes	1	1	
Mudanças associadas ao processo de envelhecimento	9	17	<i>“deixaram de ter qualidade de vida há muito tempo e qualidade de vida não é só sair (...) é chegar à sua reforma, poder usufruir de um passeio, convívio”</i> P1
Mudanças sociais	2	2	<i>“vão tendo faltas de se poderem movimentar...o envelhecimento normal”</i> P2
Mudanças físicas	3	3	<i>“mudanças de humor isso é, isso é obvio, pronto”</i> P9
Mudanças de humor	1	1	<i>“Mas eles, geralmente, eram quase todos, mantinham sempre o seu juízo e agora é uma coisa muito triste”</i> P3
Mudanças cognitivas	4	4	

Morte	3	3	<i>“Por exemplo, faz-me muita espécie de saber o que é a morte. Que tem a ver com eles.” P3</i>
Depressão na terceira idade	2	2	<i>“Têm depressão mas não é “vamos curar a depressão a este idoso” porque a depressão faz parte do envelhecimento. P8</i>
Sexualidade na terceira idade	1	1	<i>“fui buscar uns livrinhos sobre a vida sexual e disse-lhe “agora vamos ter aulas de educação sexual” P3</i> <i>“Nós nascemos crianças e morremos crianças” P4</i>
Comparação com crianças	4	4	
1.2.Ausência de apoio familiar	3	8	<i>“Mesmo as pessoas da família e os filhos não tem tempo para estar com os seus idosos” P8</i>
Esquecimento dos adultos mais velhos por parte dos familiares	3	4	<i>“Pois eu acho que fazia falta a família também interessar-se mais... as vezes põem as pessoas nos lares como se fossem sei lá o quê” P3</i>

O domínio “perceção da importância de formação na área de prestação de cuidados formais” (100%) (Tabela 2) engloba as necessidades de formação que os AAD sentem ter ou não para o exercício da atividade profissional e a perceção do impacto que o conhecimento de diversas áreas do cuidar poderá ter na prestação de cuidados. Dos nove participantes, 88,89% referiu a necessidade de formação sendo que 44,45% dos participantes diz ter as necessidades pessoais de formação satisfeitas e 44,45% dos participantes diz não ter as necessidades pessoais de formação satisfeitas. Sobre o impacto do conhecimento na prestação de cuidados, 66,67% dos participantes reconhecem que o conhecimento pode ser uma ajuda para o exercício adequado das tarefas da profissão. Verifica-se ainda que 66,67% dos participantes

enumera temas de formação considerados importantes para a prestação de cuidados: cuidados físicos (33,34%), primeiros socorros (44,45%) e interações cuidador-utente (22,23%).

Tabela 2.

Percepção da importância de formação na área de prestação de cuidados formais.

2. Percepção da importância de formação na área de			
prestação de cuidados formais	9	27	
2.1.Necessidades de formação sentidas pelos AAD	8	11	
Necessidades pessoais de formação satisfeitas	4	4	<i>“Eu já tenho tido tanta formação nesta área que já tenho um bocadinho de tudo, uma área que aprofundasse não sei. Por acaso, nunca pensei nisso” P6</i>
Necessidades pessoais de formação não			
satisfeitas	4	5	<i>“Uma das coisas que eu sinto falta é as coisas do dia-a-dia para interagir com os idosos” P9</i>
2.2.Impacto do conhecimento da prestação de			
cuidados	6	9	<i>“Alertou para aquilo que era uma coisa boa para as questões de quem tem alzheimer e que parece que já não estão ali e aquilo fez o despertar e aquilo foi uma maneira de percebermos uma maneira d’agente comunicar com eles” P4</i>
2.3.Temas de formação	6	6	<i>“Seja, com enfermeiros, seja em higiene, seja em primeiros socorros” P1</i>
Cuidados físicos	3	3	<i>“mas sei que há formações regulares e acho que por exemplo, o modo como se pega</i>

Primeiros Socorros	4	4	<i>nas pessoas... de vez em quando vai lá uma enfermeira se a pessoa tiver assim feridas...” P9</i> <i>“E os primeiros socorros... aprendemos a socorrer antes que o INEM chegue, porque não temos medico e enfermeira lá. Acho que essas formações são importantes” P4</i>
Interações cuidador-utente	2	2	<i>“Os riscos que os utentes têm, como se aproximar da pessoa” P7”</i>

O domínio “características das instituições para adultos mais velhos” (Tabela 3) emerge das referências dos AAD que contemplam a perceção das condições, necessidades e utilidade das instituições para adultos mais velhos. Dos nove entrevistados, 55,56% fez referência às instituições como uma estrutura importante na melhoria das condições de vida de adultos mais velhos e ainda aos aspetos ligados aos recursos humanos e financeiros para a prestação adequada de cuidados a adultos mais velhos: é realçada a falta de mão de obra sentida como uma dificuldade para adequação de cuidados (33,34%), necessidades de apoio do estado para a melhoria de condições dos utentes das instituições – seja para equipamentos, contratação de profissionais ou ajudas para que os cuidados cheguem a quem precisa (22,23%) e o impacto da institucionalização no adulto mais velho (33,34%) o qual é percecionado como uma mais valia para as pessoas que não tem condições físicas, mentais ou que vivem isoladas.

Tabela 3.*Características das instituições para adultos mais velhos*

3. Características das instituições para adultos mais velhos	5	18	<i>“(…) agente temos a nossa casa, já não conseguimos cozinhar, temos certas dificuldades motoras e vamos para o lar e pensar “eu lá tenho a minha caminha, doo me de comer, lavam-me a roupinha, eu posso ir dar umas voltinhas. Aquela horinha tenho as refeições, depois vou dormir.”</i>
3.1. Falta de mão-de-obra	3	4	<i>“Há muita dificuldade, não há quem queira trabalhar com eles. É difícil arranjar quem fique de noite com eles.” P4</i>
3.2. Necessidade de apoio do estado	2	5	<i>“E o governo, ou a Segurança social, não ajuda muito” P4</i>
3.3. Impacto no utente	3	5	<i>“Mas eu acho que é bom, porque há muitas pessoas que estão abandonadas. Eles ali convivem com as pessoas.” P3</i>

O domínio “crenças associadas às áreas do cuidar e o impacto no utente” (Tabela 4) representa as atividades que os AAD identificam como parte integrante do ato de cuidar de um adulto mais velho numa instituição.

São identificadas sete categorias. dimensões relacionadas com o cuidar (100%). Todos os AAD creem que a comunicação (100%) é indispensável ao ato de cuidar e neste sentido referem-se à importância da comunicação durante o contacto com o utente (55,56%), que inclui: estimulação do adulto mais velho (33,34%); conteúdos de conversa (33,34%), características que dificultam a comunicação (33,34%) das quais tempo (11,12%), condição mental do utente (11,12%) e disponibilidade do utente

(11,12%); e o impacto da comunicação no utente (44,45%) na qual 22,23% refere que a comunicação traz ao adulto mais velho um maior sentimento de pertença (22,23%). Todos os participantes reconhecem a promoção da autonomia como parte das tarefas do cuidar: autonomia dos adultos mais velhos independentes é referida por 55,56% dos participantes; pode ser feita através da estimulação cognitiva (11,12%), estimulação física (11,12%) e estimulação social (22,23%); autonomia de adultos mais velhos dependentes (77,78%) que inclui estimulação cognitiva (22,23%), estimulação física (44,45%) e livre-arbítrio (22,23%). 22,23% inclui nas dimensões associadas ao cuidar, os cuidados de higiene (22,23%).

Resultam também deste domínio as categorias impacto do cuidar no utente (55,56%) os participantes reconhecem a importância da institucionalização de alguns adultos mais velhos que sofrem com dificuldades na funcionalidade diárias; personalização dos cuidados (33,34%), para que cada pessoa receba os cuidados de acordo com as suas preferências; facilitadores do cuidar (55,56%): conhecer o adulto mais velho (33,34%), o amor (44,45%) onde incluem o clima familiar entre cuidadores e utentes (33,34%); barreiras para o cuidar 11,12% e respeito pelo adulto mais velho (44,45%) como parte da interação cuidador-utente durante a prestação de cuidados.

Tabela 4

Crenças associadas às áreas do cuidar e o impacto no utente

4. Crenças associadas às áreas do cuidar e o		
impacto no utente	9	89
4.1. Dimensões relacionadas com o cuidar		
Comunicação	9	47

Importância da comunicação	5	6	<i>“acho que é muito importante a comunicação, tudo o que fazemos com eles, ou o que eles têm de fazer, temos de comunicar sempre” P7</i>
Estimulação do adulto mais velho	3	4	<i>“Incentivá-los a participar, puxá-los para fazer tarefas. Perguntar “então, como é que você fazia?” pronto, comunicação de lembrar o que está agora atual” P6</i>
Conteúdos de conversa	3	4	<i>“sabe em que dia estamos, em que ano estamos? Fazemos dentro deste tipo de conversa só, não vamos muito além disso.” P1</i>
Características que dificultam a comunicação	3	3	
Tempo	1	1	<i>“vezes é a falta de tempo” P2</i>
Condição mental do utente	1	1	<i>“mas é conforme a pessoa, o estado de demência ou que tenha sido a vida inteira agressivo, também temos casos desses” P6</i>
Disposição do utente	1	1	<i>“Um idoso que não pretende escutar, ou ouvir... a pessoa isola-se e não quer conversa.” P8</i>
Impacto da comunicação no utente	4	5	
Sentimento de pertença	2	2	<i>“Sentem-se importantes, ou seja, sentem-se que agente também se interessa com eles e que são velhotes, mas são seres humanos e sentem que nós também partilhamos com eles”</i>
Promoção da autonomia	9	32	<i>“Temos atividades, jogos... pronto, várias atividades desde puzzles, jogos de cartas, pintura.” P1</i>

Autonomia adultos mais velhos independentes	5	8	<i>“mas se a pessoa tiver capacidade para fazer alguma coisa, nós deixamos que a pessoa o faça porque isso faz com que ela evolua.” P9</i>
Estimulação cognitiva	1	1	<i>“Pois a animadora trabalhar com eles, a fazer perguntas.... Lembras-te daquele jogo do STOP? Elas fazem “diga-me o nome de um país com a letra tal” e há uns que dizem” P5</i>
Estimulação física	1	1	<i>“dentro de casa promovemos que ande sem cadeira de rodas se a pessoa consegue, só quando vamos passear é que é mais fácil usar a cadeira de rodas...” P8</i>
Estimulação Social	2	3	<i>“o que agente pode dizer da liberdade é quando agente sai com eles... vamos a um cafezinho para espairer. Para estarem na comunidade, para não sentirem que estão só confinados ao lar.” P4</i>
Autonomia adultos mais velhos dependentes	7	11	<i>“o acamado pode comer pela sua própria mão” P1</i>
Estimulação cognitiva	2	3	<i>“Tentamos jogar ao bingo com eles para eles ainda se lembrarem dos números, porem os feijoezinhos...” P4</i>
Estimulação física	4	4	<i>“quando sabemos que a pessoa não consegue temos de dar a iniciativa para ele fazer porque nós... isto muitas vezes acontece, sabes? “ah é mais rápido, nos fazemos” P7</i>
Livre-arbítrio	2	2	<i>“há alguns que ainda podem ir dar uma volta, mas a maioria não. Por isso, às vezes, deviam perguntar as pessoas o que querem fazer.” P7</i>

Cuidados de higiene	2	2	<i>“higienes, a maneira de vestir as roupas, o que é que eles gostam, o que é que eles não gostam, a maneira de ser, o que é que se deve fazer primeiro com a pessoa. O que é que aquela pessoa gosta de falar” P2</i>
4.2. Impacto do cuidar no utente	5	8	<i>“eles assim pensam que há ali alguém que se interessa por eles, que tem ali atenção, que alguém está com atenção neles e que eles não são só alguém que deixou de ter as suas capacidades e que ficou agora ali.” P9</i>
4.3. Personalização dos cuidados	3	3	<i>“cada pessoa tem um método diferente, temos de saber o que a pessoa gosta e o que quer que façamos primeiro, pronto é mesmo um bocado saber lidar com cada pessoa” P9</i>
4.4. Facilitadores do cuidar	5	19	
Conhecer o adulto mais velho	3	7	<i>“Temos de entrar no quarto e temos de saber o que aquela pessoa costumava fazer, o que gosta de fazer ou não gosta.” P7</i>
Amor	4	10	<i>“Tudo, tudo o que for preciso agente fazer por eles e pensar que um dia vamos estar no lugar deles isso já é... amor ao próximo” P4</i>
Clima familiar	3	6	<i>“um bocado para a adaptação e entram tipo um clima familiar” P2</i>
4.5. Barreiras para o cuidar	6	6	<i>“Muitas vezes é as limitações. De materiais, de conhecimento.” P7</i>
Limitações materiais	1	1	
Limitações de conhecimentos	1	1	

Condição cognitiva do utente	2	2	
Condição física do utente	1	1	
4.6. Respeito pelo adulto mais velhos	4	5	<i>“Exacto, e tratá-los por você, não por tu para aqui, tu para ali.” P6</i>

O quinto domínio “ser cuidador” (Tabela 5) representa as referências às características pessoais e da profissão de AAD nas instituições contempladas pelos próprios. Os participantes realçam características do cuidador (33,34%), autorregulação emocional de quem exerce a profissão (55,56%), empatia (33,34%), falta de reconhecimento que sentem por parte da sociedade (33,34%), referem-se à lado de recompensa (22,23%), 33,34% dos participantes revelam sentir frustração que engloba a percepção de competência que têm em relação à sua profissão 22,23% referem por vezes não sentir competência para exercer as funções; 33,34% fazem referência ao sentido de responsabilidade, o bem-estar do cuidador formal é referido por 44,45% dos participantes (físico e emocional), e 44,45% fazem referência ao seu papel de cuidador formal face ao bem-estar dos adultos mais velhos de quem cuidam.

Tabela 5

Ser cuidador

5. Ser cuidador	9	46	
Características do cuidador	3	4	<i>“Calma, paciência e gostar. Gostar daquilo que faz.” P2</i>
Autorregulação emocional	5	6	<i>“e nós somos pessoas, não temos sempre bons dias e o facto de estarmos chateados com alguma coisa e não termos de paciência para</i>

			<i>alguma coisa , isso não tem de passar para o idoso...” P9</i>
Empatia	3	3	<i>“também não gostava que fizessem à minha mãe, por exemplo. Temos sempre de tentar por um bocadinho no lugar dos outros” P6</i>
Falta de reconhecimento	3	3	<i>“Mas depois, além disso, é muito mal pago e não tem valor... os auxiliares em geral, não tem valor” P7</i>
Recompensa	2	3	<i>“é uma recompensa muito grande que vale muito mais que o dinheiro” P1</i>
Frustração	3	5	<i>“Mas é tudo à pressa e devíamos ter mais tempo para os utentes” P2</i>
Perceção de competência	2	2	<i>“nesse momento já é uma frustração grande porque achamos que não sabemos cuidar” P1</i>
Responsabilidade	3	4	<i>“Mas como há muitas pessoas dependentes d’agente e não temos tempo para certas coisas, temos de fazer tudo” P4</i>
Bem-estar do cuidador	4	6	<i>“Aquilo mexe connosco psicologicamente e fisicamente. Mas a gente depois vai-se adaptando” P4</i>

Papel do cuidador	4	6	<i>“Pois porque nós até não temos culpa que eles chegam aquela idade com as dificuldades que têm e estamos ali para dar o melhor conforto e dar os melhores serviços e muitas vezes eles não aceitam. Claro que não é no geral, não é?”</i> P6
-------------------	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Discussão

O presente estudo teve como amostra um grupo de auxiliares de ação direta em lares para adultos mais velhos de diferentes localidades do país.

O primeiro objetivo foi conhecer as crenças dos AAD sobre o envelhecimento. Os resultados sugerem que, na sua maioria, os AAD atribuem aos adultos mais velhos, características como revolta, carentes, dificuldades cognitivas, dificuldades motoras, tristes, doenças e frágeis; não estando de acordo com Reis e Ceolim (2012), os quais apontam para uma maior atribuição de características positivas. Esta diferença pode estar associada ao facto de que no presente estudo a amostra exerce apenas funções de contacto direto com os residentes o que pressupõe uma ideia de maior fragilidade e incapacitação. Contudo, verifica-se que entre as características positivas, a sapiência foi realçada e tida em conta pelos entrevistados como fonte de partilha e aprendizagens sobre a vida e estilos de vida simples e descomplicados refletidas nos laços de cuidadores-utentes contribuindo para uma visão mais positiva do envelhecimento.

As mudanças associadas ao processo de desenvolvimento estão de acordo com as encontradas na literatura (Papalia, Olds e Feldman, 2006; Cavanaugh & Blanchard-

Fields, 2018). É de notar que referente às mudanças cognitivas os participantes realçam o surgimento de doenças como o Alzheimer. Podemos supor que o contacto frequente com a doença fá-la sobressair de entre as várias mudanças cognitivas que ocorrem durante o desenvolvimento do adulto mais velho.

A morte foi referida como um aspeto inevitável no curso da vida de um adulto mais velho e a exposição frequente à morte revelou-se difícil para os AAD como sugerido por outras estudos (Reis & Ceolim, 2007; Ferreira, 2012).

Ressalva-se, ainda, que a depressão na terceira idade foi referida apenas por um participante e vista como parte do desenvolvimento natural de um adulto mais velho. Este resultado sugere uma atribuição de inevitabilidade à depressão dentro deste grupo etário, podendo não ser consciente a necessidade de cuidados específicos (Vaz, 2009). O conhecimento de sintomas e cuidados de prevenção contribuiria para modificar a forma como a depressão desenvolvida por adultos mais velhos é vivida nas residências de longa permanência.

A sexualidade na terceira idade emerge dos resultados apenas por um dos participantes. Seria esperado que assim fosse, uma vez que, como referido por Gott et. al. (2004), é um tópico pouco discutido pelos cuidadores das pessoas desta faixa etária devido ao conhecimento e formação insuficientes sobre o tema. O aspeto da sexualidade numa ótica de promoção de qualidade de vida nas instituições poderia fazer parte da vida nas instituições pois alguns dos residentes são casais ou desenvolvem relações de cariz romântico depois da institucionalização.

Por fim, a ausência de apoio familiar aos adultos mais velhos institucionalizados parece ser vista como parte do processo de envelhecimento, sendo visitas escassas ou inexistentes por diversas vezes. Este aspeto parece conferir maior responsabilidade aos

AAD e um aumento dos esforços para atenuar a ausência dos familiares e criar laços com os residentes promovendo o bem-estar.

Foi necessário perceber a importância dada à formação na área da prestação de cuidados formais em residências de longa permanência.

Os participantes consideram de igual forma ter e não ter necessidades de formação satisfeitas. Sendo os resultados semelhantes aos de Conceição (2012). A percepção de que a experiência prática e a ajuda de colegas são, por si só, fontes de recursos para o desempenho das tarefas contribui para que as necessidades de formação sejam tidas como satisfeitas.

Tendo em conta as áreas de formação referidas pelos participantes (cuidados de higiene, primeiros socorros, situações de incêndio), ter formações sobre higienização não é visto como uma mais valia. Pode, neste sentido, ser proposta a divulgação e reconhecimento de outras áreas alvo de cuidados como o desenvolvimento psicossocial e contribuir para uma cultura institucional menos centrada nos cuidados físicos e aumentar a percepção de necessidades de formação.

Conceição (2012) sugere que após a formação na área de Gerontopsicologia – aprendizagem dos aspetos naturais do envelhecimento e aspetos ligados à institucionalização – foi desenvolvida uma visão mais positiva dos adultos mais velhos, os AAD aumentaram a resiliência e a capacidade de comunicação com o utente.

A análise temática evidenciou a atribuição das características das instituições às dificuldades sentidas pelos profissionais de ação direta.

É realçado o facto de a instituição ser vista como um local de abandono. A falta de pessoal percebida pelos participantes aumenta a dificuldade em atender às necessidades dos residentes que vão além das básicas de higienização, alimentação e

cuidados de saúde resultado corroborado por Brandburh et al. (2013), Tuominen, Leino-Kilpi e Suhonen (2016) e Nakrem et al. (2011). Os participantes alertam para a necessidade de o estado desenvolver incentivos ao trabalho na área, uma vez que para além da falta de mão de obra se refletir não só no impacto no residente, como no bem-estar do cuidador.

Ligado ao objetivo de compreender quais as áreas consideradas como fazendo parte do cuidar, o ponto 1, alínea b) do Boletim do Trabalho e emprego, nº15, 22/04/2011, os AAD têm como função “*Procede ao acompanhamento diurno e ou noturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres*” foi tido em conta.

A maioria dos participantes reconheceu a comunicação como forma de conhecer a pessoa e promover a atenção em relação às necessidades pessoais (Tuominen et. al., 2016). O que parece acontecer é que as oportunidades de conversação são vistas como consequência das higiènes durante as quais se informa o paciente dos procedimentos, por exemplo “*agora vamos lavar a carinha*” (P1), concedendo à variável tempo uma barreira para o cuidar (Nakrem et. al., 2011). Como presente na literatura, a comunicação é menos detalhada “*sabe em que dia estamos, em que ano estamos? Fazemos dentro deste tipo de conversa só, não vamos muito além disso*” (P1) e, por vezes, simplificada (Kite & Wagner, 2002; Pasupathi & Löckenhoff, 2002; Bodner, 2009). A simplificação da linguagem poderá ser originada por evidências de fragilidade daqueles que necessitam cuidados, uma realidade presenciada pelos participantes diariamente.

No que concerne à percepção dos AAD sobre o desenvolvimento de autonomia dos adultos mais velhos, emergem como principal fonte de promoção de autonomia atividades lúdicas como jogos (jogo do stop, contar feijões, pintar), exercício físico e atividades do foro social (piqueniques, passeios e festas), que por vezes, não são passíveis de ser atendidas por adultos mais velhos com mobilidade reduzida e condição cognitiva intacta. Poderemos considerar que esta condição impacta a forma como o adulto mais velho auto-perceciona.

A condição mental do adulto mais velho é considerada como um fator que dificulta a promoção da autonomia, não obstante, a oportunidade de serem ouvidos não é descurada pelos entrevistados.

Torna-se pertinente atender ao facto de que os adultos mais velhos institucionalizados de gerações vindouras irão apresentar desafios mais exigentes no que toca a atividades sociais, físicas e de estimulação cognitiva refletidas pelas já diferentes oportunidades de vida, sendo imprescindível, não só agora como no futuro, a adequação das atividades às necessidades dos utentes (Courtney, 2000).

No âmbito da área do cuidar, o amor foi referido pelos participantes não só como promotor de laços e bem-estar do residente, mas também como um recurso pessoal no exercício das funções. Martela (2012) corrobora esta ideia, propondo que a conexão cuidador-utente proporciona a criação de relações profundas e afetivas e permite experienciar emoções e funcionamento social positivo promovendo bem-estar percebido dos dois lados da díade. Neste sentido, existe entre os participantes uma responsabilidade comum em personalizar os cuidados dentro daquilo que lhes é possível. O conhecer o adulto mais velho pessoalmente permite que sejam atendidas necessidades que de outra forma estariam à margem dos cuidados. Este aspeto assume-se como fundamental na relação e na prestação de cuidados e é tido em conta

pelos participantes, sendo uma forma de ultrapassar as dificuldades sentidas a nível físico, material e do conhecimento no ato do cuidar (Ferreira, 2012).

Emerge, por fim, a pertinência de perceber os aspetos envolvidos no ser cuidador de adultos mais velhos institucionalizados. Por um lado, os resultados apontam para a percepção dos AAD de características pessoais como a calma, paciência e empatia que se prendem à autorregulação emocional referida pelos mesmos. Estas características são propensas a uma maior qualidade de vida na profissão, cuidados melhorados e possível distanciamento da vida pessoal e profissional (Ferreira, 2012). Cuidar de um adulto mais velho mostrou-se ser recompensador na medida em que os utentes retribuem com atitudes positivas em relação aos cuidadores. A recompensa é proposta por Ferreira (2012) como estando relacionada com valores morais e aprendizagens úteis para o futuro. Por outro lado, os participantes manifestaram sentir frustração e, pontualmente, fraca percepção de competência em diversas situações: tratar feridas, comunicar com pessoas que apresentam dificuldades cognitivas, lidar com a morte, não ter tempo de qualidade com cada um dos residentes e falta de reconhecimento por parte da sociedade ao contrário do que é sugerido por Vieira (2014).

Estes aspetos são particularmente importantes na medida em que há um peso acrescido nas expectativas do cuidador em realizar as tarefas atribuídas. Ao mesmo tempo a falta de pessoal dificulta o caminho para alcançar os objetivos profissionais e pessoais quando é preciso atender a outras tarefas não diretamente relacionadas com o adulto mais velho (limpezas, mudanças de camas, roupas). A formação profissional é um dos fatores que contribuem para uma maior percepção de autoeficácia e, consequentemente, elevados níveis de bem-estar. Sendo fundamental estimular a percepção de competência na gestão do ambiente de trabalho, o potencial pessoal e a aceitação de si próprio (Özçakar et. al., 2012).

Dar voz a quem diária e continuamente estabelece contacto e conhece os utentes torna-se inevitável. São os elementos da equipa que melhor conhecem as necessidades profissionais, pessoais e as dos residentes. O descontentamento é demonstrado por um dos participantes *“Uma vez perguntaram ‘O que é que gostavam de saber?’ e na altura até escrevi num papel o que é que eu achava que devíamos ter mais informações... eles nunca fizeram”* (P7). Atendendo aos AAD, poder-se-ia atuar na adequação dos recursos humanos, materiais e formativos com vista para a melhoria dos serviços prestados.

Contornar as lacunas com impacto na adequação dos cuidados pode passar pelo contacto com a realidade dentro de cada instituição. Como referido por um participante *“eu já passei por tudo, para dar valor aos serviços que se fazem (...)”* (P4), uma vez que as indicações são estabelecidas por outros que não contactam diretamente com os residentes ou com as tarefas atribuídas aos AAD. E com o desenvolvimento de uma cultura das instituições centrada no desenvolvimento natural do adulto mais velho.

Conclusão

O envelhecimento da população exige respostas sociais que permitam aos adultos mais velhos institucionalizados experienciar um desenvolvimento ajustado aos aspetos que do mesmo surgem. As crenças desenvolvidas em torno desta população podem, no entanto, gerar atitudes e comportamentos comprometedores da atenção dada a outras áreas do cuidar não centradas no bem-estar físico. A literatura sugere que o conhecimento sobre a área na qual atuam, permitirá às instituições adequar os serviços ao estágio de desenvolvimento dos residentes.

O presente estudo apresenta resultados que derivam da perspectiva dos Auxiliares de Ação Direta em lares públicos e privados de Portugal. A amostra refere-se a dimensões do processo de envelhecimento, quais os aspetos facilitadores do trabalho realizado e as dificuldades sentidas ao longo da carreira. Surgem também questões ligadas ao ser cuidador formal de adultos mais velhos institucionalizados, pontos associados ao bem-estar pessoal e profissional, à falta de pessoal nas equipas e às necessidades satisfeitas ou não no que concerne a formação recebida para exercer as funções.

No que concerne a limitações do presente estudo, dada a natureza qualitativa e o objetivo de exploração, realça-se o facto de que os dados recolhidos são categorizados e apresentados pelo investigador e, por isso, passíveis de outras interpretações por parte de quem os lê.

Realçam-se, também, pontos positivos do estudo. A ideia inovadora e pertinente e a utilização de uma metodologia qualitativa para dar voz a uma população muitas vezes esquecida pela investigação pode ser um recurso para se conhecer a realidade, melhorar os serviços prestados à população mais envelhecida e a experiência profissional dos cuidadores formais; e ainda o foco apenas na perspectiva de auxiliares de ação direta não recorrendo a membros da equipa que não contactam diretamente com os utentes. A pertinência do estudo tem, também, implicações na organização de futuras formações específicas na área da Gerontopsicologia que permitam aumentar o conhecimento dos AAD em relação aos processos de envelhecimento normais (físicos, cognitivos, sociais) e aquando da entrada em instituições de longa permanência. Desta forma, promover-se-ia reflexão e desenvolvimento de novas perspetivas sobre o que é ser adulto mais velho e tarefas desenvolvimentistas a considerar. É possível criar uma abertura na cultura das instituições para maior investimento nas formações adequadas às necessidades não só dos residentes como dos profissionais.

Sugere-se que em estudos futuros se possa conduzir uma investigação com uma metodologia de observação em instituições de longa permanência para adultos mais velhos com o objetivo de estudar os aspetos que por entrevista não são passíveis de explorar (por exemplo, atividades de estimulação cognitiva); explorar questões do desenvolvimento dos adultos mais velhos e formas de atender às necessidades e desejos dando voz aos próprios residentes das instituições.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. R. C. B. (2013), A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos Institucionalizados. (Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde) Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.6/1649>
- Baltes, P. B., Lindenberg, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life-Span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology*, Vol. 1. Theoretical models of human development (6th ed., pp. 569-664). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bodner, E. (2009). On the origins of ageism among older and younger adults. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1003-1014. Doi: doi.org/10.1017/S104161020999055X.
- Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 862-874. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Castanheira, C. (2013). Auxiliar de acção directa: um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional. (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia). Retirado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10398/1/ulfpie046340_tm.pdf

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2018). Studying Adult Development and Aging In. J. Perkins (Ed.), *Adult Development and Aging: 8th Edition* (pp. 1-37). Wadsworth, Ohio: Wadsworth Cengage Learning.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2018). Physical Changes. In. J. Perkins (Ed.), *Adult Development and Aging: 8th Edition* (pp. 65-106). Wadsworth, Ohio: Wadsworth Cengage Learning.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2018). Longevity, Health, and Functioning. In. J. Perkins (Ed.), *Adult Development and Aging: 8th Edition* (pp. 107-148). Wadsworth, Ohio: Wadsworth Cengage Learning.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2018). Where People Live: Person–Environment Interactions In. J. Perkins (Ed.), *Adult Development and Aging: 8th Edition* (pp. 149-183). Wadsworth, Ohio: Wadsworth Cengage Learning.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2018). Personality. In. J. Perkins (Ed.), *Adult Development and Aging: 8th Edition* (pp. 315-356). Wadsworth, Ohio: Wadsworth Cengage Learning.

Centro Regional de Informação das Nações Unidas (n.d.). Envelhecimento. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Conceição, J. G. D. S. (2012). Envelhecimento de idosos institucionalizados: Formação de auxiliares de ação direta na associação casapiana de solidariedade (Tese de Mestrado,

Universidade Lusófuna de Humanidade e Tecnologia – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas). Retirado de: <http://recil.grupolusofuna.pt/handle/10437/3534>

Courtney, M., Tong, S., & Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International journal of nursing practice*, 6(2), 62-69. doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00192.x

Einstein, G. O., Earles, J. L., & Collins, H. M. (2002). Gaze aversion: Spared inhibition for visual distraction in older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (pp. 65-73). doi:10.1093/geronb/57.1.P65

Ferreira, M. E. M. M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação). Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7936>

Fonseca, A. M. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* (2). 75-95.

Fylan, F. (2005). Semi-structured interviewing. In J. Miles e P. Gilbert (Eds.) *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (pp. 65-78). New York, EUA: Oxford University Press.

Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social science & medicine*, 58(11), 2093-2103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.025>

Instituto Nacional de Estatística. (2019). Estatísticas Demográficas – 2018. Retirado de:
www.ine.pt

Instituto da Segurança Social, I.P. (2014, julho 28). Guia Prático – Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social (9002 – v4.02). [página web] Retirado de:
http://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss

Instituto da Segurança Social, I. P. (2017, setembro 25). Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas (N35J – V4. 11). Retirado de: http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb

Johansson, B. (2008). Memory and cognition in ageing. In B. Woods, L. Clare (Ed.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing: Second Edition* (pp. 1-14). John Wiley and Sons.

Kimmel, D. C. (1974). Adulthood and aging: an interdisciplinary, developmental view. (3rd. ed.). New York: Wiley.

Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward Older Adults. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129-161). Cambridge, Massachusetts: MIT press.

Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit Ageism. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge, Massachusetts: MIT press.

- Martins, R. M. L., & Rodrigues, M. D. L. M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*, 249-254. Retirado de: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/576>
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework of person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472-479.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., & Seim, A. (2011). Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 48(11), 1357-1366. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.012
- Novo, R. F. & Silva, D. (2003). O auto-conceito em adultos de idade avançada: análise das características psicológicas reveladas ao nível da auto-avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 15 (1), 121-158.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dırık, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 15(3).
- Padgett, D. K. (2017). Qualitative Methods in Context. In Padgett, D. L (Ed.), *Qualitative Methods in Social Work Research: third Edition*. (pp. 1-30). Los Angeles, Califórnia: SAGE.

- Pasupathi, M. & Löckenhoff, C. E. (2002). Ageist Behavior. In. T. D. Nelson (Ed.). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 201-246). Cambridge, Massachusetts: MIT press.
- Reis, P. O. & Ceolim, M. F. (2007). O significado atribuído a ‘ser idoso’ por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 57-64
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current directions in psychological science*, 14(3), 158-162. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Rokeach, M. (1976). The organization and modification of beliefs. In. Rokeach. M. (Ed.), *Beliefs, attitudes and values: a theory of organization and change* (pp. 1-21). San Francisco: Jossey-Bass.
- Silverstein, M., & Giarrusso, R. (2010). Aging and family life: A decade review. *Journal of marriage and family*, 72(5), 1039-1058. doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00749.x
- Stuart-Hamilton, I. (2000). What is Aging?. In R. J. Kingsley Publisher Ltd (Eds.), *The Psychology of Ageing* (3rd edition) (pp. 15-45). London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Sullivan, C. (2018). Doing a qualitative research in Psychology. In C. Sullivan & M. A. Forrester (Eds.), *Theory and method in qualitative psychology* (pp. 17-34). SAGE.

- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2016). Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nursing ethics*, 23(1), 22-35. doi.org/10.1177/0969733014557119
- Vaz, S. F. A. (2009). A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação). Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/29837.pdf>
- Vieira, L. C. D. F. (2014). *A Influência das Representações Culturais no Género dos Profissionais da Função Ajudante de Acção Directa nas IPSS's* (Dissertação de doutoramento, [sn]). Retirado de: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4823>
- Wiersma, E., & Dupuis, S. L. (2010). Becoming institutional bodies: Socialization into a long-term care home. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 278-291. doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.003
- Woods, B. (2008). Introduction. In B. Woods, L. Clare (Ed.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing: Second Edition* (pp. 1-14). John Wiley and Sons.
- Woods, B. (2008). Residential care. In B. Woods, L. Clare (Ed.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing: Second Edition* (pp. 289-309). John Wiley and Sons.
- Zhang, H., & Sun, H. (2019). Knowledge, attitude and self-efficacy of elderly caregivers in Chinese nursing homes: a cross-sectional study in Liaoning Province. *BMJ open*, 9(11). [doi.org/ 10. 1136/ bmjopen- 2019-029869.](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029869)

Zwakhale, S. M., Hamers, J. P., Peijnenburg, R. H., & Berger, M. P. (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Research and Management*, 12(3), 177-184. doi.org/10.1155/2007/518484

Anexos
Anexo A

Blocos temáticos	Questões	Sub-Questões (exemplos)
Quebra-gelo		
Crenças sobre o envelhecimento em geral	<p><i>Quais as 5 principais características que melhor descrevem os idosos?</i></p> <p><i>Na sua opinião, quais são as grandes mudanças que ocorrem nesta fase de vida em que se encontram os idosos?</i></p> <p><i>Se tivesse de ensinar um novo AAD que fosse trabalhar consigo, quais os conselhos que lhe daria em relação ao cuidar?</i></p>	<p><i>Destas características, quais as que facilitam o trabalho de um AAD?</i></p> <p><i>Destas características, quais as que dificultam o trabalho de um AAD?</i></p> <p><i>Qual considera ser o papel de um AAD na vivência destas mudanças pelo idoso?</i></p> <p><i>Se um dia for um dos utentes, quais os cuidados que gostava de ver serem prestados?</i></p>
Importância da comunicação na relação de cuidados	<p><i>Qual acha ser o papel da comunicação com os utentes, na prestação de cuidados?</i></p> <p><i>Os cuidadores e os utentes criam uma relação ao longo do tempo, que importância tem a comunicação entre os dois nesta relação?</i></p> <p><i>Como acha que os utentes veem esta comunicação com quem deles cuida?</i></p>	<p><i>Através da sua experiência, existem situações que facilitem ou dificultem a comunicação entre auxiliares e utentes?</i></p>
Perceção sobre a importância da autonomia dos utentes	<p><i>De que forma se pode promover a autonomia dos utentes institucionalizados?</i></p> <p><i>Que atividades diárias que considera serem promotoras de autonomia nos idosos?</i></p>	<p><i>Quanto dos utentes com quem lida mantém alguma forma de autonomia?</i></p> <p><i>Dos utentes que perderam a autonomia física, como é possível promover outro tipo de autonomia? (permitir a tomada de decisão, por exemplo)</i></p>
Necessidades sentidas pelos cuidadores formais	<p><i>Na sua opinião, e tendo em conta as diferentes áreas do cuidar, tem alguma necessidade na profissão que não viu satisfeita?</i></p>	<p><i>Durante a sua carreira, que experiência de formação já teve?</i></p> <p><i>Há algum tipo de formação que gostava de ter que melhoraria a sua prestação de cuidados?</i></p>
Comentários finais	<p><i>Há alguma coisa que gostaria de partilhar sobre o tema?</i></p> <p><i>Gostaria de colocar alguma questão?</i></p>	

Anexo B

Consentimento Informado

Eu, Maria Catarina Luís Guerreiro, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia, no núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, estou a realizar uma investigação sob a orientação do Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista.

Os principais objetivos do estudo são: conhecer as crenças dos cuidadores formais (auxiliares de ação direta) sobre o envelhecimento; conhecer a perceção acerca do seu papel na promoção da adaptação às mudanças desenvolvimentistas da velhice; e explorar as necessidades de formação sentidas pelos cuidadores formais (auxiliares de ação direta) na sua prática.

O procedimento de recolha de informação, neste estudo, consiste na participação numa entrevista, sendo feita uma gravação áudio – esta tem como propósito assegurar uma análise fiel das palavras - e tendo uma duração estimada de 40 minutos. Esta entrevista poderá ser realizada presencialmente ou via Skype.

Venho, por isso, solicitar a sua colaboração na investigação. Para participar terá apenas de trabalhar como auxiliar de ação direta com idosos institucionalizados. A sua participação no estudo é voluntária, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento.

Os dados dos participantes são confidenciais, os ficheiros não serão identificados pelo nome (ex. Participante1), sendo a gravação áudio da entrevista eliminada após a sua transcrição.

Caso tenha alguma dúvida ou queira, posteriormente, ter acesso aos resultados da investigação, poderá entrar em contacto comigo, através do e-mail: mariaguerreiro1@campus.ul.pt

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade.

Concordo com os termos propostos

Data:

Assinatura:

Obrigada pela colaboração

Maria Guerreiro

Telmo Baptista

Faculdade de Psicologia